



INFLUENCIA DE LOS FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y SOCIOECONÓMICOS EN LA EVOLUCIÓN DE LA INFECCIÓN VIH

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Grado de Medicina. Junio 2015

Autor: María del Mar Pérez Morente

Tutor: María José Crusells Canales

ÍNDICE

RESUMEN..... 2

PALABRAS CLAVE 2

ABSTRACT..... 2

KEYWORDS..... 3

INTRODUCCIÓN..... 3

OBJETIVOS 7

MATERIAL Y MÉTODOS..... 7

RESULTADOS 9

DISCUSIÓN 24

BIBLIOGRAFÍA..... 28

ANEXO 1..... 30

RESUMEN

Introducción: Existe la percepción por parte de los facultativos que tratan a pacientes VIH de la existencia de una serie de circunstancias referidas por los mismos de índole económica, laboral y social, agravadas en los últimos años, que parecen repercutir de forma negativa en su correcto control ambulatorio. El objetivo del presente estudio es describir la influencia de estas variables sobre la evolución de la infección.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal sobre una muestra constituida por los pacientes con infección VIH citados en Consultas Externas de Enfermedades Infecciosas en un periodo de tiempo comprendido entre el 9 de Marzo y el 10 de Abril del 2015. La recogida de datos se efectúa mediante un cuestionario estructurado y organizado en dos bloques, el primero a cumplimentar por el propio paciente y el segundo por el facultativo. El cuestionario incluye datos demográficos, sociolaborales y cuestiones en relación al seguimiento y tratamiento ambulatorio.

Resultados: Muestra 153 pacientes, 144 encuestas evaluadas. 62.5% hombres, media de edad 45.67, 34% mayores de 50 años; 29.2% extranjeros; 50% con nivel de estudios primarios o inferior. Un 36.8% con problemas laborales (contratos temporales o sin contrato y en paro), 21.5% carece de ingresos económicos propios. En un 13.2% nadie del entorno conoce el diagnóstico de infección. Cambian la cita 15.9% por problemas laborales y de desplazamiento, faltan 12.6% por estos motivos. Un 86.8% presenta carga viral indetectable.

Discusión: Se percibe todavía una situación de fondo de miedo al rechazo. Los fallos o cambio en el día de consulta reflejan como problema de fondo situaciones laborales precarias y problemas de desplazamiento de origen económico, a pesar de esto existe un buen control inmunoviológico.

PALABRAS CLAVE

VIH, SIDA, factores sociales, adherencia, tratamiento.

ABSTRACT

Introduction: Physicians who treat HIV patients have the general perception of the existence of a series of circumstances referred by these patients of economical, occupational and social nature. These factors, which have worsened during the last years,

appear to affect in a negative way to the correct outpatients' control. The objective of the present study is to describe the influence of these variables over the infection's evolution.

Methods: Observational, descriptive study, transversal cohort on a sample of HIV outpatients attended in the infectious service between the 9th of March and the 10th of April. The data is taken by means of a structured questionnaire organised in two blocks, the first one is filled by the own patient and the second one by the staff member.

Results: sample n=153 patients, 144 evaluated surveys. 62.5% men, mean age 45.67, 34% over 50 years old; 29.2% foreigners; 50% with primary level studies or lower. A 36.8% has occupational problems (temporary contract, illegal hiring or unemployed). 21.5% lacks any economical income. In 13.2% of the cases the diagnosis is unknown by any of the patient's relatives or friends. 15.9% have to change the appointed date because of occupational problems or transportation problems, due to these problems a 12.6% miss the appointed consultation. An 86.6% has an undetectable viral load.

Discussion: You can still perceive a backstage feeling of rejection fear. The mentioned occupational and transportation problems lead to this failure in attendance to the appointed consultation. The origin of these problems is mainly economical. In spite of this fact, there is a good immunovirological control.

KEYWORDS

VIH, AIDS, social factors, adherence, treatment.

INTRODUCCIÓN

Desde la aparición del tratamiento antirretroviral de gran efectividad (TAR) la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ha cambiado totalmente su pronóstico en términos de reducción de la mortalidad y mejora de la calidad de vida; no obstante el TAR es un tratamiento complejo, no exento de efectos secundarios, que precisa seguimiento y evaluación, así como una correcta cumplimentación, para evitar el desarrollo de resistencias y la progresión de la enfermedad. Este aumento de la supervivencia supone una cronificación de la enfermedad que se acompaña de la aparición de problemas asociados al envejecimiento, así como de eventos no sida. Por todo ello es fundamental que el paciente acuda a la consulta para un correcto control¹.

Mantener una carga viral indetectable se asocia a una reducción de la morbilidad y mortalidad, y una menor probabilidad de transmitir el VIH a las parejas sexuales². Sin embargo, a pesar de tener un adecuado control del virus, existe en estos pacientes una mayor tasa de comorbilidad respecto a la población general. Tienen mayor riesgo de presentar enfermedad cardiovascular, renal y hepática, osteoporosis, enfermedades neurocognitivas y tumores, algunos de ellos relacionados con infecciones por virus oncogénicos, como el virus del papiloma humano, virus de Epstein Barr, y hepatitis B y C.

La alta prevalencia de comorbilidades se explica por el hecho de que el tabaquismo, el alcohol y el consumo de otras sustancias es más frecuente entre la población con VIH; asociado a la toxicidad de los fármacos antirretrovirales, que producen alteraciones metabólicas, resistencia a la insulina, hiperlipidemia y redistribución de la grasa corporal. No obstante, los factores de riesgo tradicionales y la toxicidad del tratamiento no explican el exceso de riesgo de morbilidad sin SIDA, que podría estar relacionado con la activación crónica del sistema inmune secundario a la propia infección³.

La efectividad de los antirretrovirales está asociada de forma muy estrecha al grado de adhesión a estos. La interferencia con los hábitos, horario, vida social y requerimientos alimentarios son algunos de los factores para que los pacientes dejen de tomar el tratamiento o lo hagan incorrectamente. En cuanto a la combinación farmacológica, varios estudios han demostrado que la adherencia al tratamiento antirretroviral disminuye cuando aumenta la complejidad del mismo.

Se ha definido la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH como “la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del TAR, que permita mantener su cumplimiento riguroso con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral”. En el estudio ARPAS realizado por la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) se estimó la adherencia al TAR simultáneamente mediante tres métodos; con la versión española del cuestionario Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ), con los registros de dispensación (RD) y con una Escala Visual Analógica (EVA) en la que el paciente autovaloró el grado de cumplimiento entre 0 (nada adherente) y 100 (totalmente adherente). Se definió paciente adherente cuando simultáneamente presentaba adherencia como tal, en el cuestionario SMAQ y un RD > 95%. El RD se calculó con la expresión: $\% \text{ de adherencia} = (\text{n}^\circ \text{ unidades galénicas totales consumidas} / \text{n}^\circ \text{ unidades galénicas totales Previstas}) \times 100$, considerando un periodo mínimo de 120 días ⁴.

La adherencia se asocia a una habilidad y capacidad de los pacientes para tomar el tratamiento antirretroviral correctamente, por ello no hay duda de que los factores psicosociales tienen un papel importante. Matizar aquí que en los primeros años de la pandemia VIH las pautas antirretrovirales constaban de un gran número de fármacos, lo que actualmente se ha simplificado hasta quedar en 3 – 4 comprimidos diarios, que puede simplificarse incluso a un solo comprimido cuando existe un buen control virológico. No obstante, no debemos olvidar que a este tratamiento antirretroviral en muchas ocasiones se le añaden otros fármacos en relación con las distintas comorbilidades del paciente secundarias al envejecimiento y a la propia acción del virus. Así, el tratamiento más efectivo puede fallar si existen errores en la cumplimentación, por ello la predisposición del paciente es un factor clave para una adecuada adherencia. En este sentido, al igual que como ocurre con otros tratamientos crónicos, está ampliamente demostrado que el tener un trastorno mental disminuye la adherencia. Esta asociación parece ser debida a varios factores, como un menor apoyo social, una merma en su capacidad cognitiva, una reducción en la motivación para el cuidado personal y una disminución en la habilidad de cumplir las instrucciones del tratamiento antirretroviral, los cuales son esenciales para el correcto seguimiento farmacológico⁵.

La falta de asistencia regular a consultas es un problema con importantes consecuencias. A nivel individual se ha correlacionado con una peor respuesta virológica, así como un incremento de los ingresos hospitalarios y mayor mortalidad. Un correcto nivel de adherencia al tratamiento antirretroviral consigue controlar la replicación viral; por el contrario, una baja adhesión originará un repunte de la actividad viral y por tanto una posible aparición de resistencia a los fármacos, tras la selección de mutantes naturales, que tendrá como consecuencia para el paciente el avance de la infección y la dificultad para encontrar posteriores tratamientos de la misma eficacia, y traducirse en una mayor morbilidad y mortalidad, y a nivel poblacional un incremento en el riesgo de transmisión de cepas resistentes⁶.

Para determinar la epidemiología de la infección VIH en España, se recogen los datos de la última Encuesta Hospitalaria de pacientes con VIH/sida realizada en 2013. En sentido estricto, los resultados de esta encuesta no pueden extrapolarse al conjunto de pacientes con VIH que reciben atención en los hospitales públicos en España. Sin embargo, en algunas de las CCAA participantes la cobertura es muy elevada, y en el global del estudio

fue del 65% en 2013. Por ello, se considera que la información obtenida es una aproximación bastante fiel a la situación de los pacientes con VIH en contacto con el SNS.

La mayoría de los participantes en la encuesta hospitalaria son hombres, cada vez de mayor edad (excepto los hombres que mantienen relaciones con otros hombres). Respecto al mecanismo de transmisión del VIH, los infectados por vía sexual son mayoría, como viene ocurriendo desde 2009. La mayoría de enfermos asiste a consulta con regularidad y su situación clínica ha mejorado mucho al extenderse los tratamientos antirretrovirales, lo que se refleja en los tres parámetros clínicos esenciales: estadio clínico, cifra de CD4 y carga viral. A lo largo del periodo se aprecia un incremento de las personas que llevan más de 15 años diagnosticadas.

Aunque entre 2001 y 2013 el porcentaje de pacientes originarios de otros países ha ido aumentando, en los seis últimos años esta cifra se mantiene estable. Casi la mitad proceden de América Latina, el 25% de Europa y el 17 % procede de África subsahariana. La mayoría contrajo la infección por prácticas heterosexuales de riesgo y sus parámetros clínicos han mejorado a lo largo del periodo⁷.

Para valorar los datos de la población en Aragón nos centramos en el Sistema de Información de nuevos diagnósticos de infección por VIH en Aragón (SINVIH) año 2013. Este sistema de información proporciona datos sobre la epidemiología y los nuevos diagnósticos durante ese año, comparándolos con los obtenidos desde 2008. El número anual de nuevos diagnósticos de infección por VIH se mantiene estable en los seis años transcurridos desde que se puso en marcha el sistema. En cuanto a la distribución por sexo, el número de hombres sigue superando al de mujeres (71.2%). La edad media de los nuevos diagnósticos fue de 37.3 años, dónde el grupo de edad con más casos es el de 25 a 39 años con 57 casos seguido del grupo de 40 a 59 años con 36. El patrón epidemiológico de transmisión del virus ha cambiado. Mientras que en el pasado la transmisión era en usuarios de drogas por vía parenteral, en la actualidad el VIH se transmite mayoritariamente por vía sexual (80.8%). En el 2013 el porcentaje de personas extranjeras disminuye, pasa de un 45.7% en el 2012 a un 30.8% en el 2013. Hasta el 2012 casi la mitad de los nuevos diagnósticos ocurre en personas extranjeras; esto subraya la necesidad de continuar con los programas de prevención para adaptarlos a las necesidades de este colectivo social y culturalmente muy heterogéneo, y especialmente vulnerable. A pesar de que la prueba del VIH es gratuita y confidencial para todos, el porcentaje de retraso diagnóstico (linfocitos CD4 cooperadores <350 cel/ μ l) sigue siendo alto, si bien en el 2013

se aprecia menos retraso diagnóstico que en años anteriores. Esto también explica que en el 2013 haya habido menos casos de sida al diagnóstico (el 7.7% en 2013 frente al 16.2% en 2012)⁸.

Es crucial para una adecuada atención y control de los pacientes VIH conocer los aspectos relacionados con una buena adherencia al tratamiento y si el presentar una situación social desfavorable interfiere negativamente en un correcto seguimiento y tratamiento ambulatorio⁹. Para valorar la adherencia al tratamiento en este estudio se ha tenido en cuenta la carga viral y el nivel de linfocitos CD4, junto a la valoración subjetiva del facultativo; en caso de que existieran dudas se consultaba la dispensación farmacéutica del paciente.

OBJETIVOS

Conocer la distribución epidemiológica de los pacientes con infección VIH controlados en Consultas Externas de Enfermedades Infecciosas.

Analizar los factores socioeconómicos y culturales que pueden interferir en su asistencia a consulta y en la recogida del tratamiento antirretroviral en la farmacia hospitalaria.

Valorar datos que sugieren la estigmatización, como la no revelación del estado de infección VIH al entorno próximo.

Cuantificar la repercusión de los factores socioeconómicos y culturales sobre la asistencia a consulta, la adherencia al tratamiento y el estado inmunoviológico del paciente.

Valorar la percepción de los pacientes y los facultativos sobre la influencia de estos aspectos en el control ambulatorio de la enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal sobre una muestra constituida por los pacientes con infección VIH citados en Consultas Externas de Enfermedades Infecciosas del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, en un periodo de tiempo comprendido entre el 9 de Marzo y el 10 de Abril del 2015.

En este servicio los pacientes son vistos cada 6 meses cuando existe buen control clínico y analítico. En el caso de que acaben de ser diagnosticados y aún no tengan controlada su carga viral o se haya realizado un cambio en el tratamiento la visita se adelanta a los 2

meses próximos. Previo a cada consulta el paciente se realiza una analítica con una bioquímica de sangre, sedimento de orina, así como un estudio de inmunidad y carga viral VIH.

El investigador ha acudido durante este periodo a Consultas Externas del Servicio de Enfermedades Infecciosas, dónde se han realizado las encuestas a los pacientes. No se vuelve a repetir la encuesta si el paciente acude a visita en el mismo mes. Se contabilizan los fallos a consulta y los que no acceden a realizar el cuestionario.

Para recoger la información se elaboró un cuestionario anónimo, estructurado y organizado en dos bloques, el primero a cumplimentar por el propio paciente y el segundo por el investigador, previo consentimiento del paciente.

Las variables del primer bloque incluyen: edad, sexo, origen y residencia, apoyo social, conocimiento del diagnóstico VIH por el entorno próximo del paciente, situación económica, situación laboral, fallos a cita en consulta y farmacia durante el último año y su percepción sobre posible repercusión desfavorable de estas variables en su control ambulatorio. El segundo bloque se recoge la valoración por parte del médico de la impresión sobre la cumplimentación del tratamiento, si existe un buen control virológico (carga viral VIH indetectable), y si considera que la situación social del paciente repercute de forma negativa en estos aspectos.

Establecemos el límite de edad en 50 años porque el punto de corte para definir a los “pacientes mayores” o “ancianos” en los estudios referidos a la infección por el VIH/SIDA se considera dicha edad. Este punto de corte se basa en la campana de distribución demográfica de casos de infección por VIH en Estados Unidos comunicados a los Centres for Disease Control.

En nuestro hospital los valores de referencia del laboratorio para detectar carga viral son de 20 copias por mililitro. En la mayoría de ensayos clínicos el límite de indetectabilidad se sitúa en 50 copias. Por ello, para el análisis nos hemos adaptado a estos límites considerando carga viral indetectable por debajo a 50 copias, viremia de bajo nivel entre 50 y 1.000, y fracaso virológico por encima a 1.000 copias.

El análisis de la población linfocitaria (número de linfocitos CD4) se ha estratificado en 3 categorías que reflejan el estado de inmunodepresión: (1) $\geq 500/\text{mm}^3$, (2) $200 - 499/\text{mm}^3$, (3) $< 200/\text{mm}^3$.

El cuestionario es autoadministrado por los sujetos, salvo en los casos en los que no conocen el idioma o no pueden leerlo. En estos casos es heteroadministrado por el investigador en la consulta. En ambos casos se les informa del objetivo del cuestionario, de la confidencialidad de los datos y de su uso exclusivamente estadístico, y se pide su consentimiento de forma oral que se hace constar en la historia clínica del paciente. Para el análisis de los datos obtenidos por medio de los cuestionarios se utilizó la aplicación de SPSS.

RESULTADOS

De los 153 pacientes citados para control clínico en Consultas Externas durante el periodo del estudio, cumplieron la encuesta un total de 144, 7 no acudieron a la cita y 2 no accedieron a realizar el cuestionario.

De los 144 pacientes, un 62.5% son hombres y 37.5% mujeres, con una edad entre 21 y 76 años. Media de 45.67 años (desviación estándar 11.18) (Gráfico 1 y 2).

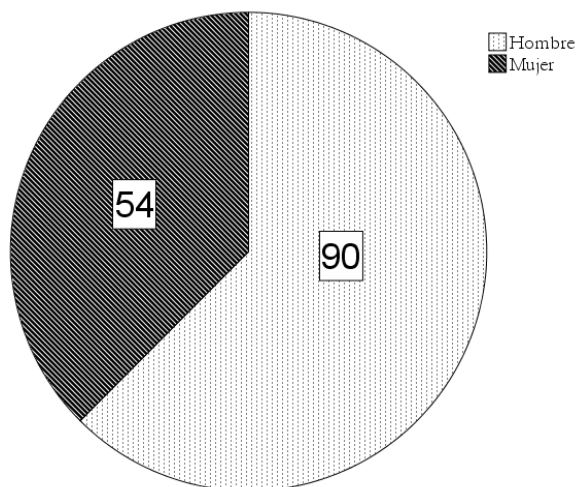


Gráfico 1. Distribución por sexo

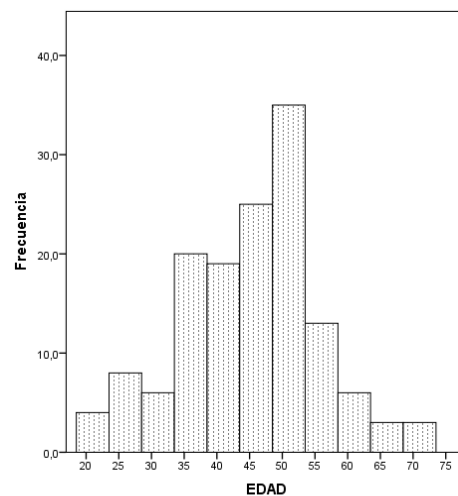


Gráfico 2. Distribución por edad.

Del total de pacientes, un 34% son mayores de 50 años. El intervalo de edad predominante es de 31 – 50 años (56.9%). Sin embargo, hay que tener en cuenta que en el grupo <30 años sólo se incluyen los mayores a 18 años, ya que los menores son visitados en las Consultas de Pediatría (Tabla 1).

SEXO*EDAD tabulación cruzada

		EDAD			Total
		< 30 años	31-50 años	> 51 años	
SEXO	HOMBRE	n	9	44	37
		% dentro de SEXO	10,0%	48,9%	41,1%
	MUJER	n	4	38	12
		% dentro de SEXO	7,4%	70,4%	22,2%
Total		n	13	82	49
		% dentro de SEXO	9,0%	56,9%	34,0%

Tabla 1

Respecto al lugar de residencia, un 69.4% viven en Zaragoza capital, 28.5% lo hacen en el medio rural y 2.1% no tienen domicilio fijo (Gráfico 3).

El análisis de la convivencia muestra que un 25% de pacientes vive con su familia de origen, 39.6% lo hacen con pareja y descendientes y 29.9% viven solos. La distribución se detalla en la Tabla 2.

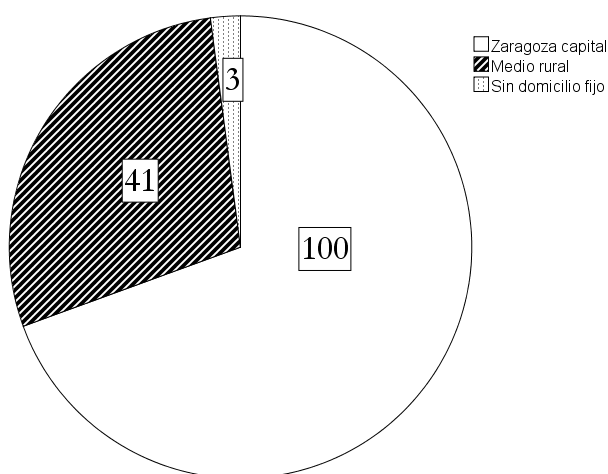


Gráfico 3. Distribución según lugar de residencia

	n	%
Albergue	2	1,4
Amigos	6	4,2
Familia de origen	36	25,0
Pareja	57	39,6
Vive solo	43	29,9
Total	144	100,0

Tabla 2

Según el país de origen, 102 (70.8%) pacientes son españoles y 42 (29.2%) extranjeros. De estos, todos ellos afirman entender el idioma español, y únicamente 2 de ellos aseguran que lo comprenden pero no lo hablan.

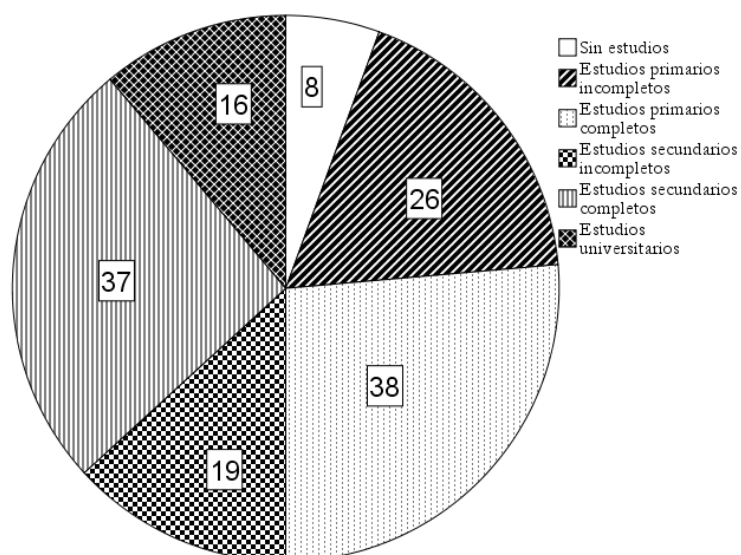


Gráfico 4. Distribución según nivel de estudios

Cuando se analiza el nivel de estudios, 5.56% no tiene ningún tipo de estudio, 44.45% tienen estudios primarios, 38.88% estudios secundarios y 11.11% estudios universitarios (Gráfico 4).

La distribución de nivel de estudios según sexo muestra un mayor número de población sin estudios en las mujeres y de estudios universitarios en la población masculina (Gráfico 5).

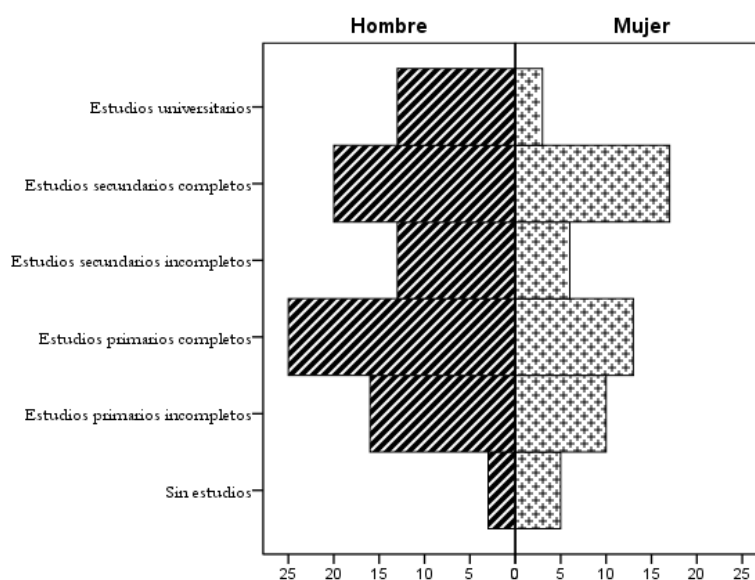


Gráfico 5. Distribución de nivel de estudios según sexo.

Un 78.47% de los pacientes disponen de ingresos económicos propios. El análisis conjunto de estos datos y de los ingresos en el entorno demuestra que un 49.31% son la única fuente de ingresos entre los convivientes. En cambio, en un 6.94% de casos no existe ningún aporte de ingresos, ni propio ni en el entorno próximo (Tabla 3).

		ECONOMÍA PRINCIPAL					
		Sí		No		Total	
		n	%	n	%	n	%
ECONOMÍA OTROS	Sí	42	29,17%	21	14,58%	63	43,75%
	No	71	49,31%	10	6,94%	81	56,25%
	Total	113	78,47%	31	21,53%	144	100,00%

Tabla 3

En el análisis de la ocupación laboral, predomina la situación de contrato fijo, con un 27.78% del total; incapacidad laboral permanente se encuentran 19.44% y con invalidez no contributiva 4.86%. En el paro 40 pacientes, de los cuales 24 no cobran subsidio de desempleo. En el gráfico 6 se especifican las distintas situaciones analizadas.

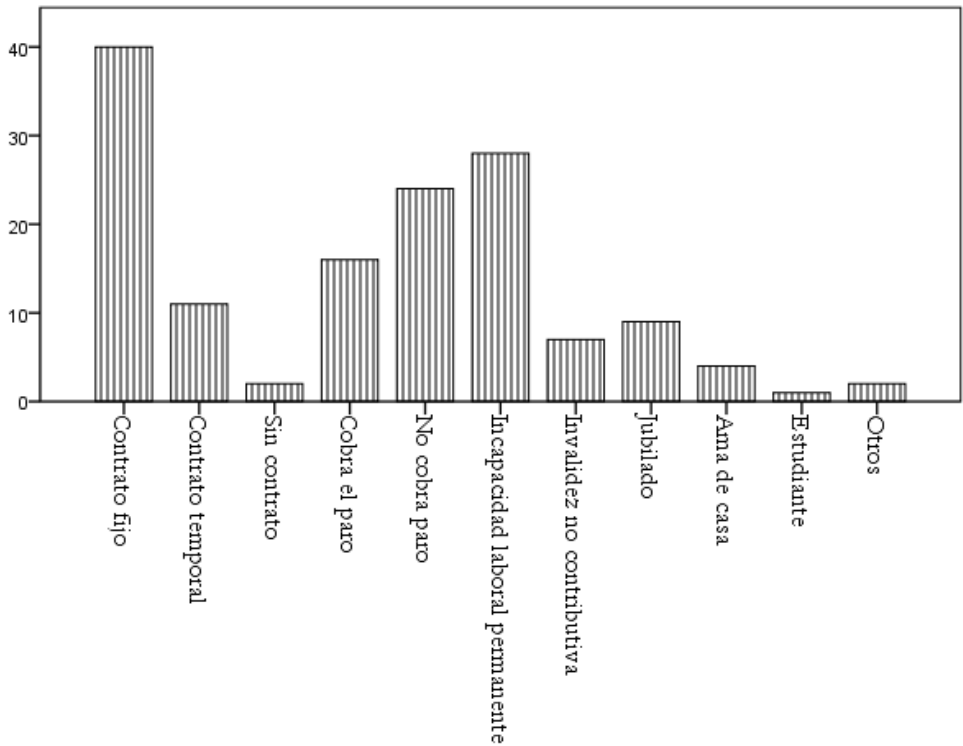


Gráfico 6. Ocupación laboral

A la pregunta sobre el conocimiento en su entorno próximo sobre su infección VIH, un 50.7% respondieron que dicha información era conocida por varias personas; un 18.1% solo lo conocía su pareja y un 13.2% no conocía nadie su diagnóstico. Otras alternativas se detallan en la Tabla 4.

CONOCE DIAGNÓSTICO	n	%
Nadie	19	13,2
Pareja actual	26	18,1
Padre	4	2,8
Madre	5	3,5
Hijos	4	2,8
Amigos	2	1,4
Otros	11	7,6
Varios	73	50,7

Tabla 4

El análisis del seguimiento en consultas ambulatorias se estudió analizando varias cuestiones: cambio de cita en el último año, problemas de desplazamiento para acudir a consulta, fallos a consulta o a recogida de tratamiento en el Servicio de Farmacia y una pregunta de valoración subjetiva por el paciente (Ver anexo 1).

Un 74.3% de pacientes no han tenido que cambiar la fecha de la consulta; entre los que sí que precisaron un cambio de cita, un 6.3% lo hacen por enfermedad propia, un 7.6% por falta de medios para el desplazamiento al hospital y un 8.3% por problemas laborales (Tabla 5).

CAMBIA FECHA	n	%
Sí - Por enfermedad propia	9	6,3
Sí - Por enfermedad familiar	2	1,4
Sí - Por problemas en desplazamiento	11	7,6
Sí - Por problemas laborales	12	8,3
No	107	74,3
NS/NC	3	2,1
Total	144	100,0

Tabla 5

El número de pacientes que no falla a la cita en consulta asciende a 79.9%; entre los que sí que lo hacen un 6.3% lo achaca a problemas en el desplazamiento al hospital y un 6.3% por problemas laborales (Tabla 6).

FALTA A CONSULTA	n	%
Sí - Por enfermedad propia	5	3,5
Sí - Por enfermedad familiar	1	,7
Sí - Por problemas en el desplazamiento	9	6,3
Sí - Por problemas laborales	9	6,3
Sí - Porque se me olvidó	5	3,5
No	115	79,9
Total	144	100,0

Tabla 6

Cuando se pregunta de forma específica por dificultad en el desplazamiento, un 20.8% refiere sí tenerla, argumentando fundamentalmente falta de medio de transporte o falta de dinero (Tabla 7).

PROBLEMAS EN DESPLAZAMIENTO	n	%
Sí - No dispongo de medio de transporte	15	10,4
Sí - No tengo dinero suficiente	11	7,6
Sí - Otros	4	2,8
No	114	79,2
Total	144	100,0

Tabla 7

Para recoger el tratamiento en la farmacia del hospital los pacientes deben acudir cada dos meses a dicho servicio, en horario de 9 a 14h. Cuando se les pregunta por la recogida de tratamiento en el último año un 88.2% responden que no han fallado en ninguna ocasión. Sólo un 11.8% admite fallos en la recogida del tratamiento (3.5% por enfermedad propia, 2.8% por problemas en el desplazamiento, 2.1% por problemas laborales y 3.5% por olvido) (Tabla 8).

RECOGE TRATAMIENTO	n	%
Sí - Por enfermedad propia	5	3,5
Sí - Por problemas en desplazamiento	4	2,8
Sí - Por problemas laborales	3	2,1
Sí - Porque se me olvidó	5	3,5
No	127	88,2
Total	144	100,0

Tabla 8

Respecto a la valoración subjetiva que ellos mismos hacen sobre la existencia de una repercusión desfavorable en su control ambulatorio o tratamiento a consecuencia de su situación laboral y/o económica, 13.2%

VALORACIÓN DEL PACIENTE	n	%
Sí	19	13,2
No	125	86,8
Total	144	100,0

Tabla 9

considera que sí que repercute frente a 86.8% que no encuentra relación (Tabla 9).

Si se analiza de forma conjunta los problemas en el desplazamiento para ir a consulta con el lugar de residencia del paciente (Zaragoza capital frente a medio rural) se objetiva que 19 de los 30 pacientes que refieren esta dificultad viven en medio rural. En este grupo de pacientes afirma tener problemas en el desplazamiento un 46.3%, que no se corresponde proporcionalmente con fallos a consulta y/o en la recogida de tratamiento (Tabla 10).

		RESIDENCIA					
		Zaragoza capital		Medio rural		Sin domicilio fijo	
		n	%	n	%	n	%
PROBLEMAS DE DESPLAZAMIENTO	Sí - No dispongo de medio de transporte	2	2,0%	12	29,3%	1	33,3%
	Sí - No tengo dinero suficiente	5	5,0%	6	14,6%	0	0,0%
	Sí - Otros	3	3,0%	1	2,4%	0	0,0%
	No	90	90,0%	22	53,7%	2	66,7%

Tabla 10

En el segundo bloque del cuestionario se analiza la impresión por parte del médico en relación a la adherencia al tratamiento antirretroviral, el control virológico, la situación inmunológica y su valoración sobre la posible repercusión negativa de la situación social del paciente en estos aspectos.

Respecto a la adherencia al tratamiento, 3 de los 144 pacientes aparecen como perdidos por el sistema debido a que el inicio de tratamiento coincidió con el día de realización de la encuesta, por tanto no se tienen criterios de la adhesión al mismo ni es posible valorar la repercusión inmunoviológica. De los 141 restantes, 92.9% tenían una buena adherencia (Tabla 11). La existencia de efectos secundarios no fue la causa de no adherencia en ninguno de los encuestados.

ADHERENCIA		n	%	% válido
Válido	Sí	131	91,0	92,9
	No - Razones previamente descritas	10	6,9	7,1
	Total	141	97,9	100,0
Perdidos	Sistema	3	2,1	
Total		144	100,0	

Tabla 11

En el estudio del control virológico se tiene en cuenta si la carga viral del paciente es indetectable en la analítica previa a la consulta. Se apreció buen control virológico (carga viral <50 copias) en 86.8%. En 19 pacientes la carga viral era detectable, 3 de ellos no habían iniciado todavía TAR en ese momento (Tabla 12 y 13).

CONTROL VIROLÓGICO	n	%
Sí	125	86,8
No	19	13,2
Total	144	100,0

Tabla 12

CV	n	%
Viremia bajo nivel (<1.000)	11	57,9
Fracaso virológico (>1.000)	8	42,1
Total	19	100,0

Tabla 13

Un 66.7% de los pacientes presentan una cifra de linfocitos CD4 superior a 500/mm; 27.1% entre 200 y 499 y 6.3% severa inmunosupresión (Tabla 14).

CD4	n	%
<200	9	6,3
200-499	39	27,1
>500	96	66,7
Total	144	100,0

Tabla 14

Para analizar si el facultativo considera que la situación laboral y/o económica de su paciente repercute de forma negativa en su seguimiento ambulatorio y terapéutico se compara con la valoración previa que de la misma premisa había realizado el paciente. Los resultados muestran que el médico considera que en 12.5% de los casos dicha situación repercute negativamente (Tabla 15), en la valoración realizada por los pacientes un 13.2% (Tabla 9). Si analizamos estos datos conjuntamente, se obtiene que de los 19 pacientes que habían considerado que existía relación entre su situación socioeconómica y su seguimiento

clínico, el facultativo solamente coincide en 10 de los casos. En cambio, en 8 de los encuestados que habían calificado que no había relación, el médico valora lo contrario (Tabla 16).

VALORACIÓN DEL PACIENTE	n	%
Sí	19	13,2
No	125	86,8
Total	144	100,0

Tabla 9

VALORACIÓN DEL FACULTATIVO	n	%
Sí	18	12,5
No	126	87,5
Total	144	100,0

Tabla 15

		VALORACIÓN DEL PACIENTE	
		Sí	No
VALORACIÓN DEL FACULTATIVO	Sí	10	8
	No	9	117
	Total	19	125

Tabla 16

Se realiza valoración por separado de la población inmigrante.

Epidemiológicamente, en la población extranjera las mujeres representan un 59.52%, frente a la población española donde predomina el sexo masculino con un 71.56%. En relación a la edad, un 16.66% tienen 30 o menos años y un 16.66% son mayores a 50. Los datos comparativos con la población española se detallan en la Tabla 17.

			ORIGEN	
			España	Extranjero
SEXO	Hombre	< 30 años	5	4
		EDAD 31-50 años	34	10
		> 51 años	34	3
	Mujer	< 30 años	1	3
		EDAD 31-50 años	20	18
		> 51 años	8	4

Tabla 17

Un 42.9% proceden de África subsahariana, un 31% de América latina, un 14.3% de Europa del Este y un 9.5% de Europa occidental (Gráfico 7).

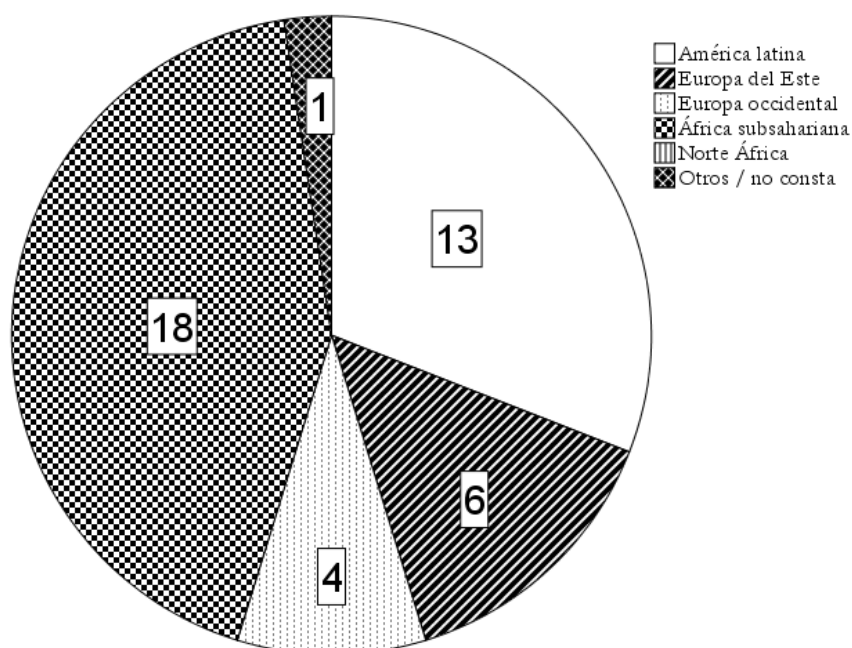


Gráfico 7. Distribución según zona de origen.

En relación al nivel educativo de esta población, un 38.09% tiene estudios primarios o inferiores y un 16.67% tiene estudios universitarios. La distribución detallada de los distintos grados de estudio, tanto de esta población como de la española se refleja en la Tabla 18.

		ORIGEN			
		España		Extranjero	
		n	%	n	%
ESTUDIOS	Sin estudios	5	4,90%	3	7,14%
	Estudios primarios incompletos	20	19,61%	6	14,29%
	Estudios primarios completos	31	30,39%	7	16,67%
	Estudios secundarios incompletos	15	14,71%	4	9,52%
	Estudios secundarios completos	22	21,57%	15	35,71%
	Estudios universitarios	9	8,82%	7	16,67%

Tabla 18

Un 61.9% de los inmigrantes dispone de ingresos económicos propios (Tabla 19). Del 38.10% de inmigrantes que no tiene ingresos económicos propios, un 16.66% tampoco dispone de ingresos en personas de su entorno (Tabla 20).

		ORIGEN			
		España		Extranjero	
		n	%	n	%
ECONOMÍA PRINCIPAL	Sí	87	85,29%	26	61,90%
	No	15	14,71%	16	38,10%

Tabla 19

				ORIGEN		
				España	Extranjero	Total
ECONOMÍA PRINCIPAL	Sí	ECONOMÍA	Sí	35	7	42
		OTROS	No	52	19	71
	No	ECONOMÍA	Sí	12	9	21
		OTROS	No	3	7	10

Tabla 20

En el análisis de la ocupación laboral, a destacar que un 4.76% de los inmigrantes se encuentra en situación de incapacidad laboral permanente frente a un 25.49% de los españoles y en el paro un 40.47% frente al 22.54%.

Un 21.43% oculta la existencia de infección a su entorno. En un 26.19% son varias personas las que conocen su diagnóstico y es la pareja actual quién con mayor frecuencia lo sabe en un 35.71% de los casos (Tabla 21).

		ORIGEN			
		España		Extranjero	
		n	%	n	%
CONOCE DIAGNÓSTICO	Nadie	10	9,80%	9	21,43%
	Pareja actual	11	10,78%	15	35,71%
	Padre	3	2,94%	1	2,38%
	Madre	4	3,92%	1	2,38%
	Hijos	1	0,98%	3	7,14%
	Amigos	1	0,98%	1	2,38%
	Otros	10	9,80%	1	2,38%
	Varios	62	60,78%	11	26,19%

Tabla 21

En cuanto a la asistencia a consulta en el último año, un 28.57% de los extranjeros han faltado frente a un 16.66% de los españoles. Entre los extranjeros, un 9.52% ha sido debido a problemas en el desplazamiento y otro 9.52% a problemas laborales (Tabla 22).

		ORIGEN			
		España		Extranjero	
		n	%	n	%
FALTA A CONSULTA	Sí - Por enfermedad propia	4	3,92%	1	2,38%
	Sí - Por enfermedad familiar	0	0,00%	1	2,38%
	Sí - Por problemas en el desplazamiento	5	4,90%	4	9,52%
	Sí - Por problemas laborales	5	4,90%	4	9,52%
	Sí - Porque se me olvidó	3	2,94%	2	4,76%
	No	85	83,33%	30	71,43%

Tabla 22

En la población extranjera hay 23.18% con mal control virológico y en la española 8.82% (Gráfico 8 y Tabla 23).

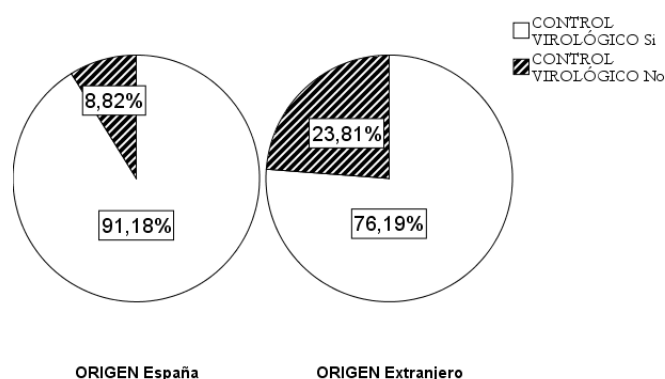


Gráfico 8. Distribución control virológico según origen.

		ORIGEN			
		España		Extranjero	
		n	%	n	%
CV	Viremia bajo nivel	5	4,9%	6	14,3%
	Fracaso virológico	4	3,9%	4	9,5%

Tabla 23

La tabla 24 recoge por categorías la situación inmunológica de esta población y de los pacientes de origen español; solo un 57.14% de los pacientes extranjeros se encuentran con favorable situación inmunológica.

		ORIGEN			
		España		Extranjero	
		n	%	n	%
CD4	<200	5	4,90%	4	9,52%
	200-499	25	24,51%	14	33,33%
	>500	72	70,59%	24	57,14%

Tabla 24

Se realiza valoración por separado de los mayores de 50 años.

Suponen el 34.03 % de la población analizada, un 25.69% hombres (Gráfico 9 y Tabla 25).

		EDAD	
		< 50 años	> 50 años
SEXO	Hombre	36,81%	25,69%
	Mujer	29,17%	8,33%

Tabla 25

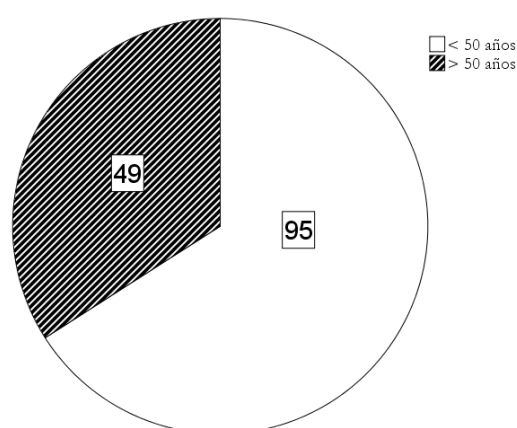


Gráfico 9. Distribución según edad.

Un 16.33% de los pacientes mayores de 50 años no le ha revelado a nadie de su entorno su diagnóstico de infección. En un 44.9% de los casos lo saben varias personas. Se detalla en la Tabla 26.

		EDAD			
		< 50 años		> 50 años	
		n	%	n	%
CONOCE DIAGNÓSTICO	Nadie	11	11,58%	8	16,33%
	Pareja actual	22	23,16%	4	8,16%
	Padre	2	2,11%	2	4,08%
	Madre	2	2,11%	3	6,12%
	Hijos	2	2,11%	2	4,08%
	Amigos	1	1,05%	1	2,04%
	Otros	4	4,21%	7	14,29%
	Varios	51	53,68%	22	44,90%

Tabla 26

En el ámbito económico, un 87.75% disponen de ingresos económicos propios frente a un 73.68% entre los menores de 50 años. Al valorar si otras personas en su entorno aportan ingresos, sólo hay un paciente en el que la respuesta sea negativa frente a 9 casos entre los menores de 50 años (Tabla 27).

				EDAD	
				< 50 años	> 50 años
ECONOMÍA PRINCIPAL	Sí	ECONOMÍA OTROS	Sí	30	12
			No	40	31
	No	ECONOMÍA OTROS	Sí	16	5
			No	9	1

Tabla 27

Su situación laboral se refleja en el gráfico

10.

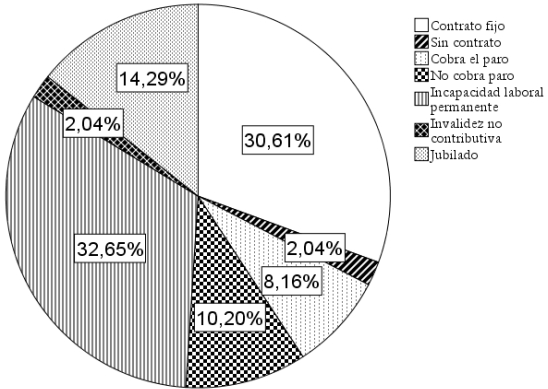


Gráfico 10. Situación laboral en mayores de 50 años.

El seguimiento en consultas ambulatorias, un 85.71% de los mayores de 50 años no tienen problemas en el desplazamiento (Tabla 28). Un 95.92% no tuvo ningún fallo a la consulta en el último año y los que lo hicieron fue en un caso por enfermedad propia y en el otro por problemas laborales, circunstancias diferentes a la población menor a 50 años (Tabla 29).

		EDAD			
		< 50 años		> 50 años	
		n	%	n	%
PROBLEMAS DE DESPLAZAMIENTO	Sí - No dispongo de medio de transporte	11	11,58%	4	8,16%
	Sí - No tengo dinero suficiente	9	9,47%	2	4,08%
	Sí - Otros	3	3,16%	1	2,04%
	No	72	75,79%	42	85,71%

Tabla 28

		EDAD			
		< 50 años		> 50 años	
		n	%	n	%
FALTA A CONSULTA	Sí - Por enfermedad propia	4	4,21%	1	2,04%
	Sí - Por enfermedad familiar	1	1,05%	0	0,00%
	Sí - Por problemas en el desplazamiento	9	9,47%	0	0,00%
	Sí - Por problemas laborales	8	8,42%	1	2,04%
	Sí - Porque se me olvidó	5	5,26%	0	0,00%
	No	68	71,58%	47	95,92%

Tabla 29

Existe un buen control virológico en el 93.9% de los pacientes (Tabla 30 y 31).

		EDAD			
		< 50 años		> 50 años	
		n	%	n	%
CONTROL VIROLÓGICO	Sí	79	83,2%	46	93,9%
	No	16	16,8%	3	6,1%

Tabla 30

		EDAD			
		< 50 años		> 50 años	
		n	%	n	%
CV	Viremia bajo nivel	9	9,5%	2	4,1%
	Fracaso virológico	7	7,4%	1	2,0%

Tabla 31

En relación a la situación inmunológica, un 73.47% de los pacientes presenta una cifra de linfocitos CD4 por encima de 500/mm³ (Tabla 32).

		EDAD			
		< 50 años		> 50 años	
		n	%	n	%
CD4	<200	7	7,37%	2	4,08%
	200-499	28	29,47%	11	22,45%
	>500	60	63,16%	36	73,47%

Tabla 32

DISCUSIÓN

Desde la introducción de la terapia antirretroviral de gran efectividad (TAR) se ha producido un cambio en el perfil del paciente infectado por el VIH. Por una parte, se ha objetivado una drástica disminución de las enfermedades oportunistas y un aumento en la supervivencia que se aproxima a la de la población no infectada. La infección ha adquirido rasgos de cronicidad, por lo que el correcto control ambulatorio es fundamental para asegurar una favorable evolución de su enfermedad.

En nuestro estudio, basado en las respuestas a un cuestionario, lo primero a destacar es la importante colaboración por parte de los pacientes, a los que se les solicitó su realización de forma voluntaria. Asimismo, tener en cuenta las limitaciones para la interpretación de resultados, al tratarse de un estudio transversal, no se puede establecer si las circunstancias socioeconómicas son causa o consecuencia de un posible mal control clínico. Estas cuestiones afectarían a la generalización de los resultados, pero no a su validez interna.

El análisis de los datos epidemiológicos globales de nuestra muestra refleja una población que está constituida por una tercera parte de extranjeros, porcentaje superior a los datos nacionales en los que estos representa un 13%. La distribución de los pacientes infectados por VIH coincide con los datos registrados a nivel nacional⁷, con un porcentaje superior de hombres y una media de edad de 45.67 años. Sin embargo, al analizar exclusivamente a la población extranjera, se invierte la distribución por sexo, con predominio de mujeres y una población globalmente más joven. A destacar que, como cabría esperar en el grupo de pacientes extranjeros, no se aprecia existencia de barrera idiomática, de hecho todos ellos admiten entender el idioma español.

Como se refiere en el apartado material y métodos, la edad admitida como punto de corte para la definición de pacientes “mayores” en los estudios sobre población VIH se sitúa en 50 años, y en base a esta referencia se han valorado los resultados. En nuestra muestra una

tercera parte de pacientes tienen más de 50 años, porcentaje coincidente con los datos a nivel nacional, reflejo del progresivo envejecimiento de la población con infección VIH. Este incremento es debido a varias razones, aumento global de la incidencia de casos nuevos, mayor sospecha diagnóstica en la población mayor por parte del clínico y sobre todo a la cronicación de la enfermedad por el TAR.

El hecho de que casi una tercera parte de pacientes vivan solos se puede considerar positivo si refleja capacidad de autonomía o independencia, pero podría ser valorado también como una circunstancia desfavorable si es la consecuencia de rechazo o aislamiento y conlleva un menor apoyo del entorno, valoración a la que no se puede dar respuesta ya que el cuestionario no incluía examen más explícito de las motivaciones. Un mayor conocimiento de las circunstancias de convivencia serviría para conocer las redes de apoyo que podrían necesitarse en caso de eventuales necesidades en la atención sociosanitaria. En nuestra muestra, este tipo de convivencia se ha acompañado de un buen control virológico, incluso discretamente superior al del grupo de pacientes que vive acompañado.

El nivel de estudios es una de las variables más utilizadas como medida de la situación socioeconómica, por su fácil objetivación y recogida, pero también porque, a pesar de sus limitaciones, ha demostrado resultar una buena aproximación, especialmente a los factores psicosociales y comportamentales asociados a la clase social. El nivel educativo nos permite medir de manera aproximada el efecto de las desigualdades sociales sobre la salud¹⁰. En la población VIH el nivel educativo se ha descrito como un factor asociado a pérdidas de seguimiento, así en la principal cohorte de pacientes VIH en España (cohorte CoRIS) se ha confirmado esta asociación, a menor nivel de formación mayor asistencia irregular y peor respuesta inmunológica y virológica, por lo tanto valor pronóstico¹¹.

En nuestra muestra llama la atención el bajo nivel educativo, la mitad de los pacientes solo tienen estudios primarios, en algún caso incompletos, o incluso sin estudios. Sin embargo, no hemos encontrado repercusión sobre el control clínico. A destacar que el nivel de formación en la población extranjera es superior a la española.

Diversos estudios internacionales han abordado la posible relación entre la situación laboral y la infección por VIH en cuanto a calidad de vida y parámetros clínicos y sociodemográficos. También se ha estudiado la relación entre el riesgo de hospitalización o muerte en dependencia de las características de dicha situación^{12,13}. En nuestra muestra se

han analizado los ingresos económicos, tanto propios como en el entorno domiciliario, así como la situación laboral del paciente. La mayoría de los encuestados aseguran disponer de ingresos económicos propios, o en su defecto, en el entorno. Los mayores de 50 años son los que se encuentran en mejor contexto económico y laboral. Sin embargo, la situación es más precaria entre la población extranjera, donde poco menos de la mitad de pacientes no tienen ingresos propios, y un 16% tampoco en el entorno. Esta mayor inestabilidad laboral implica en muchas ocasiones más fallos en sus citas en la consulta por problemas laborales y de desplazamiento, y así lo argumentan en los cuestionarios realizados.

La medición de la asistencia a consulta y al Servicio de Farmacia para recoger el tratamiento antirretroviral presenta la limitación propia de un estudio transversal, ya que no hay seguimiento. Por lo tanto, no es una valoración objetiva y su análisis se extrae de las preguntas contestadas por el paciente en referencia al último año. Estas muestran un seguimiento muy favorable, los fallos son atribuidos a circunstancias económicas y/o laborales. Sin embargo, el cambio de fecha en la cita es una situación más habitual, pero sin acompañarse de repercusión en el seguimiento clínico.

La recogida de tratamiento en el Servicio de Farmacia se ve dificultada por el hecho de vivir en zona rural y en la población extranjera, que como en la asistencia a consulta, es consecuencia de circunstancias laborales y socioeconómicas. Por otra parte, los pacientes por encima de 50 años tienen mayor grado de cumplimentación de la terapia antirretroviral. En este sentido se ha descrito que esta mejor adherencia es debida, entre otros factores, a un mayor conocimiento de la combinación farmacológica, importancia en la toma de pastillas, menor miedo a la enfermedad y entender mejor las instrucciones del médico¹⁴. En otros trabajos, la edad inferior a 50 años se ha postulado como un factor determinante de la falta de adherencia a cuidados, debido tanto a los estilos de vida de los pacientes más jóvenes como la ausencia de sintomatología que contribuirían a la falta de percepción de la gravedad de la enfermedad y a una negación de la necesidad de atención¹⁵. En nuestro caso, hemos valorado como factor favorecedor de asistencia a consultas y correcta cumplimentación del tratamiento en la población mayor a 50 años la situación de estabilidad laboral y/o económica.

Analizada de forma global la repercusión sobre el estado inmunoviroológico de los factores epidemiológicos y socioeconómicos estudiados en el cuestionario, no se objetiva una influencia tan desfavorable de estos como a priori se podía prever en esta población. Así, observamos, un buen control inmunoviroológico en la mayoría de los pacientes. Si se

analizan diferentes características de la población, los mayores de 50 años presentan una mejor situación en cuanto a control clínico, y en el caso de los inmigrantes ocurre lo contrario.

No podemos olvidar que la infección VIH todavía acarrea un importante estigma, muy marcado en algunas culturas, con una actitud de ocultamiento de la enfermedad, incluso al entorno familiar por miedo al rechazo y a la exclusión. Valoramos esta circunstancia de forma indirecta en nuestro cuestionario a través del conocimiento del grado de información de su enfermedad en el entorno más cercano. Así, en ocasiones, ni la propia pareja conoce la existencia de la infección VIH, con todas las implicaciones epidemiológicas que esto supone. Además, el no compartir la información con nadie de su entorno acarrea para el paciente una importante carga emocional, que se traduce en ocasiones en síntomas ansioso depresivos.

Tras más de 30 años de inicio de la pandemia VIH, esta infección todavía sigue caracterizándose por una importante estigmatización, que condiciona el buen control en consultas, sobre todo en grupos más vulnerables, inmigrantes y pacientes con situación socioeconómica más desfavorecida, que en ocasiones produce una barrera para la cita con el especialista y la recogida de medicación en el servicio de farmacia.

El hecho de que un paciente en particular presente características asociadas a un menor grado de cumplimentación al tratamiento antirretroviral, implica la necesidad de implementar estrategias que favorezcan el afrontamiento de la situación. Estas estrategias requieren la concienciación de otros profesionales como los psicólogos, trabajadores sociales, educadores y los familiares del paciente.

A pesar de las limitaciones del estudio, el análisis de las respuestas a la encuesta, nos ha servido para extraer conclusiones sobre nuestra muestra de pacientes. Estos resultados son concordantes con el perfil actual del paciente VIH, reflejando la situación de cronicidad de la enfermedad y el progresivo envejecimiento de la población con esta infección. La problemática social, económica o laboral aparece como factor determinante en el seguimiento ambulatorio, hecho que percibe tanto el facultativo como el paciente, y que cobra especial protagonismo en la población inmigrante. Pese a todo, estos factores no inciden de manera desfavorable sobre la adherencia al tratamiento y, en consecuencia, sobre su estado inmunoviológico

BIBLIOGRAFÍA

1. Diaz A, et al. Determinantes de la asistencia irregular a consulta médica en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana: resultados de la Encuesta Hospitalaria de pacientes con el virus de la inmunodeficiencia humana, 2002-2012. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2014.07.009>
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Vital signs: HIV prevention through care and treatment—United States. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2011;60:1618–23.
3. Deeks SG, Lewin SR, Havlir DV. The end of AIDS: HIV infection as a chronic disease. *Lancet*. 2013;382:1525–33.
4. J. M. Ventura Cerdá et al. Adherencia, satisfacción y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes infectados por el VIH con tratamiento antirretroviral en España. Estudio ARPAS. *Farm Hosp*. 2014;38(4):291-299.
5. Ruiz-Pérez I, et al. Impacto de los factores demográficos y psicosociales en la no adherencia a los fármacos antirretrovirales. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2006; 24(6):373-8
6. Martín-Sánchez V, et al. Factores predictores de no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2002;20(10):491-7.
7. Encuesta Hospitalaria de pacientes con VIH/sida. Resultados 2013. Análisis de la evolución 2000- 2013. Centro Nacional de Epidemiología/Subdirección General de Promoción de la salud y Epidemiología-Plan Nacional sobre el Sida. Madrid; 2014.
8. Sistema de información de nuevos diagnósticos de infección por VIH de Aragón. Dirección General de Salud Pública. Sección de Vigilancia Epidemiológica. <http://www.saludpublicaaragon.com>
9. Ballestín Miguel MJ, et al. Infección por VIH, enfermedad crónica, envejecimiento, aspectos sociales en mayores de 50 años. *Revista de trabajo social y salud* 2012.
10. Monge S, et al. Factores sociodemográficos asociados a la progresión de la infección por VIH e impacto del TARGA en una cohorte de pacientes seroconvertidores en Madrid (1986 – 2009). *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2012;30(3):117-123.
11. Sobrino – Vegas P, et al. La cohorte de la red española de investigación en sida y su biobanco: organización, principales resultados y pérdidas al seguimiento. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2011;29:645-53.
12. Rueda S, et al. Labor force participation and health – related quality of live in HIV – positive men who have sex with men: The multicenter AIDS cohort study. *AIDS Behav*. 2012;16:2350-60.
13. Dray – Spira R, et al. Temporary employment, absence of stable partnership, and risk of hospitalization or death during the course of HIV infection. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2005;40:190-7.

14. Wutoh A, et al. Assessment and predictor of antiretroviral adherence in older HIV – infected patients. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2003;33:S106-S14.
15. Rao KC, et al. Nonengagement in HIV care: A descriptive and qualitative study in hospitalized patients and community – based analysis. . *J Int Assoc Provid AIDS Care*. 2013;12:178-84.

ANEXO 1.

(INFORMACIÓN CONFIDENCIAL PARA USO MÉDICO)

1.¿ Donde vive?

1. Zaragoza capital
2. Medio rural
3. Sin domicilio fijo

Sexo: 1. H

2. M

Edad:....

2. País de origen

1. España
2. Extranjero (especificar país).....Tiempo que lleva en España.....

3. Si es usted extranjero, respecto al idioma español:

1. Lo entiende y lo habla
2. Solo lo entiende
3. No entiende el idioma

4. Señale en que apartado se encuentra por su nivel de estudios

1. Sin estudios
2. Estudios primarios incompletos (EGB; ESO)
3. Estudios primarios completos
4. Estudios secundarios incompletos (Bachiller, grados medios, F.P)
5. Estudios secundarios completos
6. Estudios Universitarios

5. ¿Con quién vive?

1. Vive solo
2. Con pareja
3. Con familia de origen (padres, hermanos, abuelos...), Número personas...
4. Con amigos / conocidos, (Número de personas que comparten la vivienda...)
5. En residencia/ Centro de acogida
6. Sin domicilio fijo
7. Albergue/refugio / En la calle

6. ¿Quiénes de las siguientes personas de su entorno conocen su diagnóstico de infección?

1. Nadie
2. Pareja actual
3. Padre
4. Madre
5. Hijos
6. Amigos
7. Compañeros de trabajo
8. Otros....

7. ¿En la actualidad dispone de ingresos económicos propios?

- 1 Si
- 2 No

8. ¿Otras personas de su entorno aportan ingresos económicos?

1. Si (número de personas que aportan ingresos...)
2. No

9. Respecto a su ocupación laboral, ¿cómo se encuentra actualmente?

En activo (en la actualidad está trabajando)

1. Fijo
2. Con contratos temporales
3. Sin contrato

En paro

4. Cobra
5. No cobra
6. Con incapacidad laboral permanente (invalidez)
7. Con invalidez no contributiva
8. Jubilado
9. Ama de casa
10. Estudiante
11. Otros

(¿Cuál es su profesión?.....)

RESPECTO AL SEGUIMIENTO QUE REALIZA EN CONSULTAS AMBULATORIAS

10. ¿Alguna vez ha tenido que cambiar la fecha de consulta durante el último año?

- SI
1. Por enfermedad propia
 2. Enfermedad de familiar
 3. Por problemas en desplazamiento
 4. Por problemas laborales
 - Precariedad/miedo a perder el trabajo
 - Confidencialidad -evitar dar explicaciones
5. NO
6. NS/NC

11. ¿Tiene problemas de desplazamiento para acudir a la consulta?

- Si
1. No dispongo de medio de transporte
 2. No tengo dinero suficiente
 3. Otros (especificar)
4. .No

12. ¿Ha dejado de acudir alguna vez a la consulta en el último año?

- SI
1. Por enfermedad propia
 2. Enfermedad de familiar
 3. Por problemas en desplazamiento
 4. Por problemas laborales
 - Precariedad/miedo a perder el trabajo
 - Confidencialidad -evitar dar explicaciones
 5. Porque se me olvidó
6. NO

13. En el último año ¿ha dejado alguna vez de acudir a recoger el tratamiento?

SI

1. Por enfermedad propia
2. Enfermedad de familiar
3. Por problemas en desplazamiento
4. Por problemas laborales
 - Precariedad/miedo a perder el trabajo
 - Confidencialidad -evitar dar explicaciones
5. Porque se me olvidó

6. NO

14. ¿Considera que su situación laboral y/o económica ha repercutido desfavorablemente en su control ambulatorio o tratamiento?

1. Si
2. No

¿Por qué?

.....

.....

.....

A RELLENAR POR SU MÉDICO

15. Paciente con buena adherencia al tratamiento

1. Si
- No

2. Efectos secundarios
3. Razones previamente descritas

16. Paciente con buen control virológico

1. Si
2. No

17. ¿Considera que la situación sociolaboral y/o económica de su paciente repercute de forma negativa en su seguimiento ambulatorio y terapéutico?

1. Si
2. No

¿Por qué?

.....

.....

.....